

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS-ouest

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

5

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

COUZIN Monique

née YBERT le 5 septembre 1939 à CÉRENCES (50)

Présentée et soutenue publiquement le :

Contributions du Docteur Emmanuel Pouliquen
à la Chirurgie et à l'Anesthésie

Président : Monsieur Guy Vourc'h, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS- OUEST

ANNÉE 1971

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

N°

PAR

COUZIN Monique

née YBERT le 5 septembre 1939 à CÉRENCES (50)

Présentée et soutenue publiquement le :

Contributions du Docteur Emmanuel Pouliquen
à la Chirurgie et à l'Anesthésie

Président : Monsieur Guy Vourc'h, Professeur

A mes parents

A mon mari

A mes enfants

A mes beaux parents

*Qu'ils reçoivent l'hommage de cette
thèse, comme un faible témoignage de
mon affection.*



A ma famille

A mes amis

A Monsieur le Docteur Guy VOURC'H

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chaire d'Anesthésiologie

Chef du Service d'Anesthésie

Hôpital Foch Suresnes

*Il nous a donné le sujet de cette
Thèse et nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter de la présider.*

*Il nous a accueillis dans son service
et nous a fait profiter de la grande va-
leur de son enseignement.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Docteur Noël Pouliquen

A Monsieur le Docteur Béranger

A Monsieur le Docteur Strée

A Monsieur le Docteur Abgraal

A Monsieur le Docteur Mazéas

A Monsieur le Docteur Briand

*En remerciement des renseignements
qu'ils ont fournis pour notre thèse.*

A nos maîtres de la Faculté de Médecine de Caen

En remerciement de leur enseignement.

A Monsieur le Docteur Jacques Lebreton

Médecin chef de service à l'Hôpital d'Avranches

A Monsieur le Docteur André Béchet,

Chirurgien à Avranches

A Monsieur le Docteur Michel Potel,

Chirurgien à Avranches

*Qu'il nous soit permis de leur témoi-
gner notre reconnaissance pour l'aide
bienveillante et les encouragements
qu'ils nous ont particulièrement prodi-
gués au cours de nos études.*

A Monsieur le Docteur Jacques Orange

A Monsieur le Docteur Bernard Gavezzotti

A Monsieur le Docteur Georges Gendrot

Médecins-chefs de service de l'Hôpital d'Avranches

En témoignage de gratitude pour l'enseignement clinique et pratique dont nous avons bénéficié pendant notre stage interne.

Plan Général

INTRODUCTION

LA VIE DU DOCTEUR EMMANUEL POULIQUEN

SON ŒUVRE

- 1 — Ses apports techniques à la chirurgie.
- 2 — Son œuvre « humaine »
 - a) À propos des appendicites
 - b) À propos de l'invagination intestinale du nourrisson
 - c) À propos de la luxation congénitale de la hanche
- 3 — Ses apports à l'anesthésie

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

Tout un chacun connaît les célèbres appareils dits de Pouliquen, mais cela ne suffit pas à expliquer la place importante que le Docteur Emmanuel Pouliquen tient dans la mémoire de toute une population locale, ni l'influence qu'il exerce encore, dix ans après sa mort, sur le corps médical breton.

Combien de fois avons-nous entendu des médecins et des chirurgiens le citer en exemple, en ces termes familiers où perçait le respect : « Comme conseillait le vieux Pouliquen »... « Le Père Pouliquen m'a appris... ». A travers ces expressions on voit déjà apparaître la personnalité de ce grand nom de la Médecine : chirurgien habile, il était surtout marqué par ses origines de terrien Breton ; malgré sa renommée il préfère continuer à exercer dans son Finistère natal où il poursuivait seul ses recherches et où il marqua de son enseignement plusieurs générations de médecins.

Au cours de ses cinquante années d'exercice le Docteur Emmanuel Pouliquen a vécu les énormes progrès de la chirurgie auxquels il a largement contribué. Les conditions d'exercice de la chirurgie au début de ce siècle l'ont amené à faire progresser l'Anesthésiologie, science qui en était encore à ses balbutiements.

Nous avons été incité à rechercher différents détails sur la personnalité particulièrement attachante de ce médecin, aux travers de ses écrits, et des conversations que nous avons pu avoir avec diverses personnes qui le cotoyèrent.

Nous avons pu ainsi rassembler quelques éléments sur sa vie, son œuvre, ses apports à l'anesthésie.

I

Sa Vie

Emmanuel Pouliquen est né à Landivisiau le 27 avril 1878 ; il était le troisième enfant d'une nombreuse famille (12 enfants au total).

Issu d'une vieille famille de cultivateurs Léonards, le Docteur Emmanuel Pouliquen restera fidèle à la terre bretonne toute sa vie. Ses Parents appartenaient à l'aristocratie paysane et vivaient dans un manoir « Ker Huella » dans la commune de Landivisiau. Ils étaient, eux aussi, cultivateurs.

De cette enfance, E. Pouliquen gardera le goût de la liberté, des grands espaces, une passion pour les chevaux et les oiseaux. Jeune enfant, il était déjà observateur de la vie de la nature ; il savait reconnaître tous les différents œufs d'oiseaux qu'il dénichait.

Cavalier émérite, il aime les courses de chevaux et jusqu'à son extrême vieillesse on le retrouvera sur les terrains de course, où jamais il ne manquera « le Prix de Paris » ou le « grand prix d'Amérique. »

Il était bien connu des propriétaires d'écuries de courses.

Ces derniers avaient l'habitude de lui présenter leurs jeunes poulains. Il avait un coup d'œil infailible pour reconnaître chez l'animal jeune les qualités qui en feraient un grand champion.

Comme ses autres frères il fait ses études secondaires à l'Institution Notre Dame de Kreisker à Saint-Pol-de-Léon, collège mixte à la fois école libre et établissement d'Etat. Mais ce collège dispensait uniquement un enseignement littéraire. Très bon élève il obtient le Prix d'Honneur de l'Institution qu'il quitte en 1896 bachelier en lettres et philosophie.

Cette formation littéraire conditionna le choix de ses études. En fait il était très attiré par l'architecture. Ayant opté pour une carrière médicale, il part à Paris où il passe le P.C.N. l'année suivante. Mais il interrompt immédiatement ses études médicales pour faire son service militaire afin d'éviter les trois années imposées ; c'est, en effet, à cette époque, que l'on annonça que la durée du service militaire serait portée de deux à trois ans.

Il fait son temps d'armée comme Infirmier dans un régiment de l'Artillerie Montée à Vannes, ce qui lui donne l'occasion de faire de grande randonnées (jusqu'à 200 km) à cheval. Il était infirmier sous les ordres d'un médecin militaire très connu : le Médecin Major Pigné qui a laissé son nom à l'indice de Pigné. C'était un homme très compréhensif et plein de bon sens qui lui donna de nombreux conseils pratiques et dont il gardera un excellent souvenir.

A la fin de son service militaire il retourne à Paris poursuivre ses études.

Externe des Hopitaux de Paris il fut successivement l'élève de MM. :

— Chauffard, Boissard, Tillaux (1902-1903).

— Renon (1903-1904).

— Marfan, Potherat (1904-1905).

Après 3 ans d'externat il envisage de présenter le concours de l'Internat de Paris mais il se rend compte que son âge constitue un gros handicap, il est de deux à trois ans l'ainé de ses collègues parisiens et d'autre part il est pressé de s'installer. Aussi il renonce à ce concours.

Par contre l'Hôpital Saint Joseph vient de s'ouvrir. Il présente le concours d'Internat de cet hôpital. Il est admis dès le premier concours. Il fait tout son internat en chirurgie. E. Pouliquen, nous dit « A l'hôpital Saint Joseph nous avons trouvé des chefs aussi aimables que dévoués. Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de MM. Monnier et Le Bec et nous avons profité de leurs leçons de chirurgie infantile et de gynécologie. Le Docteur Hallé nous a initié à la pratique de la chirurgie courante, nous lui resterons tout particulièrement reconnaissant. » (1)

Il soutient sa thèse en 1905 à Paris ; et s'installe peu après à Brest où il ouvre une clinique privée.

En 1906 il épouse une bretonne dont il aura cinq enfants (trois de ses fils sont médecins et exercent encore dans le Finistère).

Peu de temps après son installation il demande à entrer à l'Hôpital de Brest comme Assistant du Médecin Chef de Service : le Docteur Civette. Il présente donc le concours d'Assistanat et est nommé Chirurgien-Assistant de l'hôpital-hospice de Brest.

Son activité a été multiple et il s'est intéressé à des branches très diverses de la chirurgie.

Outre la chirurgie courante de l'époque : appareillages de fractures, hernies, appendices, hysterectomies, gastrectomies etc. il pratique, dès avant la guerre de 14, une chirurgie déjà très en avance pour son époque. En particulier il a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de blessure du cerveau par balle. Il réussit avec les moyens rudimentaires de l'époque, à faire une trépanation avec

extraction de la balle qui était profondément fichée dans la matière cérébrale. Après des suites opératoires remarquablement simples, le blessé put repartir vers sa destination quinze jours après l'intervention. Ce blessé était un Prince d'une des familles régnautes de l'époque..

Quand arrive la guerre de 14-18 il est d'abord mobilisé à Lorient. Il assure, en ville, le remplacement du médecin et organise un service de chirurgie à l'hôpital.

Puis il est rapidement envoyé à l'arrière du front de Verdun dans une ambulance chirurgicale avancée, à Walduncourt.

Il lui fallait examiner le plus rapidement mais aussi le plus complètement possible tous ces blessés et, hélas, faire un tri entre ceux pour lesquels on ne pouvait rien et les autres.. pour lesquels on ne pouvait pas grand chose ! Ce choix était atroce, à une époque où la transfusion sanguine était quasi inexistante tout comme la réanimation. Il a reçu des milliers de blessés pendant les attaques très sanglantes de Verdun, blessés, traumatisés et choqués par un transport pénible souvent dans de mauvaises ambulances cahotantes, et là il effectua un travail considérable. Il lui arriva relativement souvent de retirer du lot des incurables abandonnés à leur triste sort, des blessés et de tenter des interventions estimées irréalisables compte tenu des conceptions de l'époque.. Certains de ces anciens poilus vivent encore dans la région de Quimper et lui gardent une reconnaissance extrême.

C'est à Walduncourt qu'il entreprend énormément de recherches pratiques sur la chirurgie de guerre :

- traitement des arthrites purulentes aiguës,
- appareillage et transport des blessés,
- pratique de la transfusion de sang citraté avec l'appareil rudimentaire de Jean Bat.

En 1916, le professeur Heitz-Boyer veut créer un vaste service hospitalier spécialisé pour la récupération des fractures compliquées, auprès de Melun. Ayant fait les démarches nécessaires auprès des autorités militaires, il obtient la mutation du Docteur E. Pouliquen, qui participe à l'organisation de ce centre important.

Ils reçoivent des fractures ouvertes, la plupart du temps infectées et ils tentent de les traiter plutôt que de pratiquer des amputations au départ.

C'est là que le Docteur Pouliquen mit au point deux appareils orthopédiques :

- l'un pour les fractures de l'humérus,
- l'autre pour les fractures de cuisse.

Pendant ces quatre années de guerre, E. Pouliquen acquiert une pratique chirurgicale importante. Il mit à profit son esprit inventif, trouvant toujours les moyens les plus simples qui facilitent la tâche du praticien et le confort du malade. Il réalise toute l'importance d'un diagnostic et d'une thérapeutique précoces, tant que les ressources de l'organisme sont encore intactes.

Les services rendus à l'armée, lui valurent, quelques années plus tard une rosette d'Officier de la Légion d'Honneur à titre militaire.

En 1918, il retourne à Brest reprendre son poste de chirurgien à l'hôpital et dans sa clinique.

Chirurgien très habile, au diagnostic sûr il travaille en étroite collaboration avec les médecins de la région qui le tiennent en haute considération.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine, Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie puis plus tard Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie, ses publications sont très nombreuses et toujours très appréciées.

Comme les chirurgiens de l'époque il exerce en milieu hospitalier mais aussi énormément à domicile. L'absence de soins post-opératoires reçus par les malades opérés en clinique à cette époque et le transport difficile des malades (absence de véhicules confortables, mauvais état des routes) représentaient de sérieux problèmes. Aussi il avait pris l'habitude d'intervenir à domicile en cas d'urgence. Il avait en permanence dans sa voiture des tambours de linges stériles et des boîtes d'instruments ainsi qu'un flacon de chloroforme. C'est un garçon de salle qui l'accompagnait dans ses déplacements et qui le servait au cours de l'intervention.

Les médecins étaient bien entraînés et faisaient préparer le local en attendant l'arrivée du chirurgien. Ces interventions semblent impensables à l'heure actuelle et pourtant ont sauvé un grand nombre de vies humaines.

Tous les meubles devaient être sortis de la pièce qui servait de salle d'opération, à l'exception d'une grande table. On faisait bouillir de grands draps avec lesquels on échafaudait une espèce d'alcôve. L'air ambiant était « désinfecté » et réchauffé par une flambée d'alcool..

Le chirurgien apportait ses instruments, compresses, champs stériles et eau stérile dans sa voiture. C'est ainsi que des interventions urgentes tel que ulcère perforé, hernie étranglée etc-sariennes se déroulaient dans une cuisine de ferme avec parfois pour seule lumière, celle des phares de la voiture du chirurgien ou au mieux un éclairage par une lampe à acétylène.

Les jours suivants le chirurgien venait lui-même surveiller les suites opératoires. Et dans l'ensemble elles étaient satisfaisantes.

Le Docteur E. Pouliquen continua à opérer à domicile fort longtemps.

C'est ainsi que son fils, le Docteur Noël Pouliquen, radiologue à Quimper, nous a rapporté l'histoire suivante.

Lorsque le Docteur E. Pouliquen se promenait il transportait en permanence dans sa voiture tout ce qui lui était nécessaire

pour une intervention. Un jour que son fils, jeune étudiant en médecine l'accompagnait en promenade, ils sont arrêtés à Ploërbodien par le Docteur Vourc'h, ami du Docteur Pouliquen, qui lui demande de venir examiner un de ses malades.

C'est un jeune homme qui souffre énormément du ventre au cours d'une thyphoïde... il s'agit d'une perforation intestinale.

Le Docteur E. Pouliquen décide d'intervenir sur le champ. Le Docteur Vourc'h donne le chloroforme et Pouliquen opère aidé par son fils. L'intervention ne dure que quinze minutes. Puis ils continuent leur promenade.

Exerçant dans une région où la luxation congénitale de la hanche est particulièrement répandue, il s'attaque à ce fléau dès son installation dans le Finistère.

Au départ, il réduit les luxations vers l'âge de 18 mois à 2 ans selon la méthode classique de Lorencz qu'il a apprise avec le Docteur Callot lors de séjours à Bercq. Mais ayant l'habitude de contrôler ses résultats il se rend compte avec stupéfaction que ces enfants qui paraissaient guéris se mettent à souffrir dès l'âge de 20 ans car la méthode de Lorencz se solde par de nombreuses ostéochondrites. Soucieux de soulager ces misères il fait alors appel au professeur Leveuf qui est à l'époque un des spécialistes parisiens de la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche. Le professeur Leveuf vient trois jours par mois à Pont-Labbé, près de Quimper, où le Docteur Pouliquen a un cabinet secondaire. Le professeur Leveuf meurt précocement. Son œuvre sera continuée par le Docteur Bertrand (des Enfants Malades). Hélas le Docteur Pouliquen constate que les résultats ne sont guère plus encourageants.

Pendant la guerre 39-45 le Docteur Pouliquen devait assurer la chirurgie à Landerneau et à Pleyben. Pour l'aider dans cette tâche on lui avait adjoint un étudiant de troisième année de médecine. Comme l'essence était rare il s'était procuré un tendem qu'il partageait avec son assistant. Et pendant 5 ans les habitants ont vu passer cet équipage assez étonnant : l'interne, le docteur Pouliquen et sur le porte bagage une table d'opération pliante, plus tout le matériel nécessaire !

Ayant cessé d'exercer vers 1950 il se consacre entièrement à ce problème de la luxation congénitale de la hanche. Retiré dans sa propriété de Landerneau il partage son temps entre des voyages à l'étranger (Italie-Canada), son jardin qu'il aime à entretenir lui-même et ses « déhanchés ».

Persuadé que la méthode orthopédique d'ortolani est la bonne, il bat la campagne à la recherche des boiteux. Vénéré par une population qu'il a soigné pendant de nombreuses années, parlant le Breton, il sait convaincre les mères de la nécessité de lui montrer leurs nouveaux nés dès la naissance, afin de les soigner dès les premiers jours de leur vie.

Il fait une campagne très importante tant auprès du corps médical que des pouvoirs publics. Il obtient un sérieux appui de la part des autorités de l'Etat.

Et il a la joie les dernières années de sa vie d'enregistrer de nombreux succès.

En fait il n'a jamais cessé complètement ses activités et ses dernières publications datent de 1958.

Le 9 mars 1960, Emmanuel Pouliquen meurt subitement à Landerneau, à l'âge de 82 ans, après une vie de travail et de recherches, qui l'avait fait aimer et estimer tant en Bretagne que dans le milieu médical national.

C'est ainsi que dans le journal local « Le télégramme » du 10 mars 1960 on peut lire :

« Décrire la personnalité du Docteur Pouliquen est pensons-nous chose inutile. Il était connu, non seulement à Brest et à Landerneau, mais encore dans toute la région, ... et on peut affirmer que partout à la ronde il n'y avait pas une personne qui ne connaissait le Docteur Pouliquen et n'appréciait son savoir et cette rude bonhomie derrière laquelle se cachait un cœur d'or. »

Dans l'allocution de M. Sylvain Blondin, Président de l'Académie de Chirurgie on peut relever les phrases suivantes : « La disparition brutale d'Emmanuel Pouliquen est une grande perte pour la chirurgie française. Je crois que la vie et l'œuvre de notre confrère méritent d'être données en exemple ; tout seul loin des grands centres universitaires, chef d'un petit service des hospices de Brest, Pouliquen était dépourvu de tout ce qui paraît aujourd'hui indispensable à certains, et dont le manque n'est qu'une excuse pour les nonchalants : peu d'élèves, peu de matériel, peu d'argent. Comme les chirurgiens provinciaux de l'époque héraïque, Pouliquen, à force de ténacité, à force d'enthousiasme, dut tout créer, par lui-même ; ses travaux cependant sont connus du monde entier. »

I I

Son Œuvre

Etant chirurgien, le Docteur E. Pouliquen a été amené par son sens de la recherche et son ingéniosité, à apporter des améliorations aux techniques en cours à l'époque.

Mais son œuvre principale se situe sur un plan humain. Par son travail inlassable il a su imposer ses idées aussi bien dans sa région qu'en France.

Son esprit pédagogique en a fait un précurseur de l'enseignement post universitaire.

Ses qualités : adresse, rapidité, sens de l'organisation, honnêteté en ont fait à l'époque un sujet d'exemple pour les plus jeunes.

Soucieux du confort du malade, il s'est intéressé aux progrès de l'anesthésie qui lui permirent de toujours réaliser les interventions dans les meilleures conditions possibles.

I Ses apports techniques à la Chirurgie

M. Blondin nous dit « il était ingénieux : c'est un don précieux et estimable pour un chirurgien ».

Cette ingéniosité il sait la mettre à profit dans les différentes circonstances de la vie où il se trouve.

Pendant la guerre 14-18, il fait partie du groupement osseux de la quatrième armée. Il est en contact permanent avec des fracturés. Il invente un appareil pour fracture de bras et deux appareils pour fracture de cuisse.

Son appareil pour les fractures de l'humérus (4), est bien connu de tous les médecins. Il est encore en usage à l'heure actuelle, tant en France qu'à l'étranger, soit selon sa version originale soit selon des copies très proches. Les modifications principales consistent à avoir remplacé le matériau de base, le bois, dont est constitué l'appareil, par du métal ou du plastique.

Il faut noter à ce propos que le Docteur E. Pouliquen fut souvent sollicité, par les constructeurs, pour donner son nom à ces appareils transformés mais qu'il refusa toujours car les pièces métalliques de ces appareils empêchent de faire des radios de contrôle de profil.

Le Docteur Pouliquen préférait de beaucoup son appareil pour fracture de cuisse. Il considérait qu'il avait rendu plus de services. Il mit au point cet appareil car il n'était pas satisfait par ceux qui existaient à cette époque.

Dans un article de la Presse Médicale du 27 décembre 1917 (3) E. Pouliquen nous dit :

« Comme on le voit, aucun des appareils qui donnent la traction ne remonte assez haut pour immobiliser le bassin et aucun des appareils de contention qui prennent le bassin ne permet de faire la traction ».

Il fabrique donc des appareils qui répondent à ces deux exigences. Il nous les décrit lui-même en ces termes (4). « Appareil de transport pour fractures de cuisse, facile à improviser avec 3 planchettes et une gouttière de Delorme. Le membre fracturé est immobilisé en extension et en contre extension : la traction se fait pas un tube de caoutchouc sur la planchette transversale du cadre, le contre extension est assurée par un collier ouaté placé dans le pli inguinoscrotal et suspendu à l'extrémité supérieure de l'attelle externe. Un bandage de corps fixe l'attelle au tronc. »

De son second appareil il nous dit :

« Même genre d'appareil pour le traitement définitif des fractures fermées de cuisse et de jambe. L'attelle externe ne remonte ici que jusqu'à la crête iliaque tandis que l'attelle interne remonte à la partie moyenne de la cuisse ; la gouttière est articulée pour permettre la flexion du genou. A la fois appareil de transport et de traitement, cet appareil permet de faire sur la table même de radio la réduction sous contrôle et l'appareillage immédiat des fractures. Une fois au lit le blessé est soumis à l'extension continue aux poids, avec surélévation du pied du lit ».

Plus tard, il réduit souvent des invaginations intestinales par le lavement boryté : il met au point des canules à ballonnet pour obturation rectale.

Au cours de sa croisade contre la luxation congénitale de la hanche, il préconise l'examen radiographique des nourrissons dès la naissance lorsqu'il y a des antécédents familiaux de luxation. Maintenir un nouveau né en bonne position n'est pas aisé ; aussi il fabrique son « berceau fixateur pour la radiographie du bassin des nourrissons ». Ce berceau fixateur immobilise le nourrisson en position de parfaite rectitude et symétrie.

Enfin travailleur infatigable, son expérience chirurgicale est énorme, il opère en moyenne dix à douze malades par jour et les chirurgiens lui sont redevables :

— d'une aiguille pour hernie crurale très recourbée, en forme de hameçon.

— d'un aspirateur de 50 ml à piston métallique freiné et à ailettes, avec robinet à double voie permettant le maniement de l'instrument d'une seule main. Aspirateur pratique pour vider tous les épanchements purulents ou sanguins.

— d'une pince hémostatique courbe à dents engrenantes.

— de pinces à pression continue à mors coudés et flexibles.

Pour être complets il faudrait donner in extenso, un article de Pouliquen (4) qu'il commence ainsi :

« Au cours de cette longue guerre, nombre de chirurgiens, obligés à chaque instant de se servir des moyens du bord pour satisfaire aux besoins de leur service, ont imaginé une quantité d'appareils et de trucs intéressants.

En voici quelques-uns auxquels j'ai eu recours personnellement et qui m'ont donné satisfaction. »

Suit la description de quatorze appareils ou trucs allant depuis ses fameux appareils de cuisse et de bras jusqu'au moyen de fixer un pansement pour qu'il ne glisse pas, sans faire de spicas.

II Son œuvre "Humaine"

Blondin nous dit encore de E. Pouliquen : (2)

« Il était un chirurgien adroit, à l'esprit prompt, au geste vif ;

Ce sont de bonnes qualités de la main. »

« Pouliquen fut aussi, et surtout, un apôtre convaincu, infatigable, éloquent, avec son accent affirmé, combatif, quand il le fallait, de la nécessité du diagnostic précoce, du traitement sans retard, en chirurgie : œuvre humaine bienfaisante, qui sauva beaucoup d'enfants, mais aussi œuvre scientifique où put se développer la finesse de son esprit. »

Grâce à son adresse Pouliquen avait d'excellents résultats chirurgicaux. Tous ceux qui l'ont vu exercer et qui nous ont parlé de lui, ont tous insisté sur sa rapidité. A une époque où les anesthésies étaient loin d'être idéales, et où le manque de réanimation se faisait fâcheusement sentir, la rapidité du chirurgien comptait beaucoup. Le Docteur Pouliquen opérait prestement mais ne négligeait par les détails pour autant. Jamais il ne laissait à un aide le soin de fermer la paroi ; et il soignait particulièrement son hémostase.

Même si pour « être plus sûr de son palper » il enlevait ses gants au cours d'une intervention, il attachait beaucoup d'importance à l'aseptie.

Mais surtout, malgré une activité chirurgicale très intense, il sut se maintenir constamment à la pointe du progrès.

Toujours à la recherche des meilleures techniques il se tenait au courant des publications nouvelles et se rendait dans les services spécialisés pour se recycler. À chaque fois qu'il pensait ainsi découvrir la meilleure solution non seulement il en faisait bénéficier ses malades mais encore il essayait d'en convaincre ses confrères. Il divulguait au maximum ses acquisitions tant par des rapports auprès de l'Académie de Chirurgie et des articles dans les revues médicales, qu'en instituant un véritable enseignement post universitaire pour tous les médecins de la région bretonne.

A propos des appendicites.

C'est en 1887 que Morton préconisa pour la première fois d'intervenir à « chaud » dans les appendicites.

Mais cette pratique se répandit peu. En fait, nous pouvons dire qu'il était habituel d'attendre l'évolution soit vers la retrocession de la crise, soit vers la formation d'un abcès appendiculaire et de son plastron... mais hélas l'évolution se faisait aussi souvent vers la péritonite appendiculaire.

Le Docteur Pouliquen, dès son installation prit l'habitude d'opérer les appendicites à chaud et fort de ses résultats satisfaisants il se fit le ferme défenseur de la méthode. Dès lors il entreprit l'éducation des médecins environnants pour qu'ils prennent l'habitude de lui confier leurs malades dès que le diagnostic d'appendicite était porté. Mais il ne se contenta pas d'avertir les médecins. Il fit imprimer des notes qu'il expédia aux infirmières des écoles et des collèges des environs. Malheureusement nous n'avons pas pu retrouver le texte exact de ces notices où il disait que : tout enfant, se portant bien auparavant, qui était pris brutalement de douleurs abdominales devait être présenté sans délai à un médecin car le diagnostic d'appendicite était vraisemblable, et dans ce cas plus l'intervention était faite rapidement plus les risques étaient mineurs.

A propos de l'invagination intestinale du nourrisson.

A propos de l'invagination intestinale du nourrisson nous pouvons considérer deux aspects :

D'une part tout un travail d'éducation des médecins bretons et français afin de leur apprendre à reconnaître une invagination dès les premiers symptômes, pour qu'un traitement précoce soit instauré.

D'autre part E. Pouliquen s'est fait le promoteur puis le défenseur du lavement baryté.

a) Dès 1922, dans son rapport à l'Académie de Chirurgie à propos « d'une série de 14 invaginations intestinales, par E. Pouliquen » Victor Veau dit (5)

« Vous m'avez chargé d'un rapport sur quelque chose d'extraordinaire : une série de 14 invaginations intestinales chez le nourrisson avec 11 guérisons. C'est le Docteur Pouliquen (de Brest)

qui nous a adressé cette belle statistique. »

« Je ne crois pas qu'il existe en France une aussi belle série ! » « Nous devons féliciter Pouliquen, il est très bon chirurgien c'est entendu. Mais s'il a des résultats tellement supérieurs à ceux que nous obtenons à Paris, il le doit uniquement à la sagacité clinique des médecins de la région, et c'est à eux que je voudrais adresser mes premières félicitations. Mais le grand mérite de Pouliquen a été de faire l'éducation de ces médecins, car c'est lui qui leur a appris la valeur de vomissements associés aux selles sanglantes chez le nourrisson. C'est depuis qu'il est à Brest que cette affection est si fréquente, car pas un chirurgien de la région n'a opéré autant d'invaginations et n'a eu de pareils succès. Pouliquen a su faire admettre par les médecins que dans ces cas l'opération s'impose avec une urgence extrême. » »

Une fois encore Pouliquen ne se contente pas de former les médecins de la Bretagne. Il veut que son expérience profite à tous les enfants de France. A plusieurs reprises il publie dans différentes revues médicales des articles destinés à bien expliquer à ses confrères les signes de l'invagination.

En 1935 dans les Archives de Médecine des Enfants, il reprend l'étude de l'invagination depuis les signes jusqu'au traitement mais insistant surtout sur la conduite à tenir du médecin traitant (11). Il avait d'ailleurs déjà fait paraître ce même article dans la Presse Médicale en 1934.

En 1950, exaspéré par les erreurs fréquentes des médecins et chirurgiens et par certaines publications qui lui sont parvenues, il reprend le sujet, dans un article du Concours médical, pour répéter une fois de plus les signes et la conduite à tenir dans cette maladie.

b) Lorsque nous lisons l'ensemble des publications de E. Pouliquen sur l'invagination, en les prenant par ordre chronologique, nous constatons que malgré ses résultats chirurgicaux excellents, il se met progressivement à essayer puis adopter le traitement par le lavement baryté.

Après quelques essais, dans des cas exceptionnels, diagnostic très incertain ou refus d'intervention des Parents (6-7-8) Pouliquen écrit en 1927 (9) :

« Dans certaines variétés de cette affection, la radiographie doit pouvoir rendre de grands services tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue traitement. »

En particulier il attire l'attention sur la supériorité du lavement baryté, sur le lavement simple, qui permet de visualiser par la radiographie l'image du boudin d'invagination dans les cas douteux. Puis à cette époque il conclut à un intérêt thérapeutique certain car le lavement baryté permet :

« de ramener le boudin jusqu'à la fosse iliaque droite et c'est déjà un avantage qui n'est pas à dédaigner » car « l'incision à droite permet d'éviter l'éviscération toujours shockante. »

En fait il prend l'habitude de faire un lavement baryté de façon quasi systématique. Il dégage de son expérience les signes radiologiques qui lui permettent d'affirmer la réduction au nom de l'invagination.

En 1932, E. Pouliquen écrit (10) :

« J'estime qu'après un lavement la formation d'images radiologiques d'invagination dans le cadre colique suivie d'une replétion massive du grêle par le baryte est un signe certain de désinvagination. »

Les résultats qu'il obtient sans interventions sont remarquables. À partir de 1935 E. Pouliquen rédige de nombreuses publications pour diffuser la méthode, puis plus tard pour la défendre (11-12-13-14-15)

En 1954 il prend la parole à l'Académie de Chirurgie pour expliquer sa position :

« Je défends énergiquement une méthode que je considère comme très belle et qui a déjà donné de magnifiques résultats, mais si je le fais, ce n'est pas par entêtement, c'est parce que je suis intimement persuadé d'être dans le vrai en disant qu'il ne faut pas opérer systématiquement après lavement baryté ; je ne comprends pas que l'on puisse opérer de « parti pris » s'il existait des tests certains de guérison par simple lavement et c'est ce que j'ai essayé de démontrer. »

C'est pourquoi nous pouvons conclure avec M. Laurence : « C'est M. Pouliquen qui est le promoteur et le défenseur de cette méthode, diffusée à l'étranger par de très nombreux disciples avec des résultats remarquables. ».

À propos de la luxation congénitale de la hanche.

C'est peut-être dans ce domaine que le Docteur E. Pouliquen a le plus travaillé. C'est à ce sujet qu'il a déployé toute son éloquence persuasive pour faire intervenir l'Académie de Médecine et émouvoir le Ministère Public.

De 1907 à 1946 il traite les luxations de la hanche selon la méthode de Lorenz, classique en France à cette époque. Il constate, que les résultats sont très médiocres. « Littéralement dégoûté de la méthode par les plâtres » (22) il se rappelle que son ami Frœlich, dès 1906, préconisait l'usage d'appareils rudimentaires à mettre en place dès la naissance. Il prend connaissance des travaux et des résultats d'Ortolani. Finalement il se rend sur place en Italie en 1950 : « J'ai vu ses beaux résultats et ses statistiques et j'ai été fixé » (18). Pour lui il n'y a plus de doute possible, la méthode du coussin d'Ortolani est la bonne. Aussitôt il applique cette méthode aux nouveaux nés luxés, si nombreux au pays des Bigondens. Mais aussi il entreprend une gigantesque croisade pour faire aboutir son expérience nouvelle.

Ayant cessé d'exercer, il se consacre en entier à ce problème des déhanchés.

Sur le plan local, il entreprend avec sa ténacité coutumière, l'application de la méthode d'Ortolani. Il bat la campagne, allant de ferme en ferme, pour expliquer aux femmes, la nécessité de dépister et soigner la luxation congénitale de la hanche dès la naissance de leurs enfants. S'exprimant aussi bien en Breton qu'en Français, il sait convaincre les mères de la nécessité de supprimer le maillot des bébés.

Une fois de plus il « éduque » et obtient la coopération des médecins, radiologues et accoucheurs de toute la région.

Il met au point son billot de bois fixé sur une planchette et une chaise dans laquelle l'enfant se trouve assis à cheval.

Sur le plan national, il attaque, s'il nous est permis de parler ainsi, dans diverses directions.

Dès le 2 février 1943, il avait déjà alerté l'Académie de Médecine afin que des mesures soient prises pour lutter contre la luxation de la hanche. Sa communication intitulée « Arguments en faveur du traitement obligatoire de la luxation congénitale de la hanche. » n'avait obtenu que peu d'audience auprès de l'Académie. La commission chargée d'examiner le rapport conclut seulement qu'elle « estimait qu'avec l'aide des Pouvoirs Publics devrait être facilité le diagnostic précoce sans limite d'âge inférieur de cette affection dont les parents ont le devoir de faire bénéficier leurs enfants. »

En fait cette demi mesure de l'Académie de Médecine tombe dans l'oubli. Ceci n'est pas grave puisqu'à cette époque E. Pouliquen voulait appliquer la méthode de Lorenz aux enfants de 3-4 mois ce qui donne des résultats plus que médiocres.

Au Congrès d'orthopédie de 1954, il prend la parole pour exposer son opinion et demander que des mesures soient prises pour le dépistage et la prévention de la luxation dans les pays particulièrement exposés. Il faudrait :

- 1) que tous les suspects, soit du fait des signes cliniques, soit du fait de l'hérédité soient systématiquement radiographiés à la naissance.

- 2) que le maillot soit interdit au moins dans les pays de luxés, comme par exemple en Bretagne. »

En 1955 il fait une nouvelle démarche auprès de l'Académie de

médecine (19). A propos de « l'urgence de la vulgarisation » de la méthode du traitement ultra précoce d'Ortolani dans la luxation congénitale de la hanche, il souhaite que l'éducation des médecins et aussi celle du public soit entreprise. Et il conclut :

« Exerçant depuis près de cinquante ans dans une région qui renferme le plus grand nombre de luxation de France, connaissant mieux que quiconque les terribles infirmités que laisse après lui

le traitement orthopédique classique, je souhaiterais donc que l'Académie de Médecine émette un vœu pour demander

1) que les instructions nécessaires pour l'éducation des parents soient insérées dans le carnet de Maternité ;

2) que la radiographie des nouveaux nés soit rendue obligatoire dans le courant du premier mois de la vie, mais ceci uniquement dans les familles où l'hérédité est certaine. »

Cette fois-ci l'Académie de Médecine souscrit à l'unanimité à son projet et déclare :

« L'Académie Nationale de Médecine constate que le dépistage de la luxation congénitale de la hanche dès la naissance, par la radiographie, sans attendre le début de la marche, est la condition du traitement précoce le plus simple et le moins onéreux, supérieur par ses résultats aux traitements orthopédiques ou opérations classiques.

Il appartient donc aux Pouvoirs Publics... d'organiser ce dépistage précoce, en particulier dans les régions et dans les familles où héréditairement cette redoutable malformation est constatée avec une fréquence particulière.

Les instructions nécessaires pour l'éducation des parents pourraient être insérées dans le carnet de Maternité. »

Cette campagne énergique porte ses fruits. En 1958 E. Pouliquen a la satisfaction de voir se réaliser ses souhaits (20). « Le Ministère des Affaires Sociales, après avis des professeurs Mathieu et Fèvre, a décidé de faire une expérience de dépistage précoce dans le Morbihan, en radiographiant tous les enfants qui naîtront dans les maternités et hôpitaux, cela pendant la durée d'un an. »

Les Assurances Sociales Agricoles ont fait insérer dans le carnet de Maternité la note suivante : « La luxation congénitale de la hanche est une malformation, souvent familiale, fréquente dans le Finistère. Le traitement est plus facile et donne de meilleurs résultats quand il est appliqué dans les premiers jours de la vie. Si dans votre famille quelqu'un est atteint de cette infirmité signalez-le à votre médecin au moment de l'accouchement, il pourra ainsi établir un diagnostic précoce et vous conseiller les mesures qui s'imposent, entre autre, ne pas emmailloter l'enfant. »

Ces mesures portèrent leurs fruits. Un grand nombre de luxations congénitales furent ainsi détectées, et soignées dès la naissance. Les accoucheurs de toute la Bretagne ont pris l'habitude de rechercher systématiquement le signe du ressaut qui maintenant

fait partie de l'examen post natal au même titre que la recherche des réflexes archaïques ou que l'établissement du test de Abgar.

Le Docteur E. Pouliquen heureux des résultats régionaux obtenus n'arrête pas là sa campagne. Comme toujours il voulut convaincre tous les médecins de France. Aussi il publia à plusieurs reprises et dans différentes revues médicales pour toucher le plus grand auditoire possible (17-18-20-21)

Il écrit des articles nombreux pour rappeler les signes de la luxation, accompagnés de radiographies typiques. Il répète les mesures de dépistage et le traitement à appliquer ; redisant inlassablement son expérience malheureuse du traitement de Lorenz pour éviter aux autres pareille méprise et les convaincre de la supériorité de la méthode d'Ortolani.

Nous pouvons affirmer que sa peine ne fut pas vaine. En effet à l'heure actuelle les bébés ne sont plus emmaillotés, les chirurgiens n'emploient plus la méthode de Lorenz mais celle d'Ortolani. Et il est permis d'espérer que l'on verra beaucoup moins d'interventions de Powels (ou autre) pour luxation congénitale de la hanche.

III Ses apports à l'Anesthésie

À l'époque où le Docteur E. Pouliquen exerçait, l'anesthésie en temps que spécialité n'existait pas. Au mieux c'était le chirurgien lui-même qui endormait le malade avant le début de l'intervention, et bien souvent l'anesthésie était confiée à un externe ou à un infirmier. Il n'est donc pas étonnant de trouver des publications relatives à des méthodes d'anesthésie écrites par un chirurgien.

Et nous allons voir que dans ce domaine là aussi E. Pouliquen a toujours su rester à la pointe du progrès.

Nous ne lui devons à ce sujet aucune découverte et nous ne trouvons dans ses publications que deux articles :

Sa thèse qui traite de la Rachistovainisation
et une communication à l'Académie de Chirurgie en 1937
intitulée « l'Anesthésie générale à l'Evipan sodique ».

Au cours des 50 premières années de ce siècle l'Anesthésie et la réanimation firent des progrès énormes. Dès 1930 les principes (et même les techniques) qui régissent l'anesthésie à l'heure actuelle étaient découvertes. Mais en pratique ils étaient peu appliqués.

L'anesthésie locale était découverte 15 ans avant la fin du XIX^e siècle. Elle commença à occuper sa place véritable au début du XX^e siècle, à la suite de la découverte de la stovaïne en 1904 par Fourneau puis de la procaine en 1905 par Einhorn, produits moins toxiques que la cocaïne.

La Rachianesthésie décrite pour la première fois par Corning en 1885 et redécouverte en 1899 par Bier avait été condamnée car trop dangereuse. Chaput fait de nouveaux essais en 1905 avec les nouveaux anesthésiques locaux : stovaïne et procaine. Tuffier se fit le promoteur et le défenseur de la méthode.

Jusqu'en 1945 pour beaucoup de chirurgien l'anesthésie locale et la rachianesthésie restèrent les méthodes de choix et ils les

préférèrent à l'anesthésie générale à chaque fois que c'était possible

Le Docteur Pouliquen était de ce nombre. Il eu recours à la rachianesthésie très souvent et dès son installation. C'était une technique qu'il connaissait bien et dont il écrivait en 1905 « méthode très intéressante, née hier et qui semble par les beaux résultats qu'elle donne, appelée à réunir les suffrages des chirurgiens ». Il avait appris cette méthode dans le service du Docteur Humbert à Cochinchine où elle était en honneur puisqu'en novembre 1905 Pouliquen pouvait en colliger 120 observations pour sa thèse. Il utilisait d'abord la stovaine puis la novocaïne cristallisée.

L'anesthésie générale était elle aussi employée très couramment et jouait déjà de 50 ans d'expérience sur l'anesthésie locale.

Il s'agissait évidemment d'une anesthésie inhalatoire au chloroforme ou à l'éther selon les préférences de chacun. Dans l'ensemble l'éther donné au masque d'Ombredane était le plus souvent utilisé car moins toxique que le chloroforme.

Il faut remarquer que l'intubation trachéale était décrite depuis 1880 par Sir William Macewen mais elle n'était pas rentrée dans les pratiques courantes. On peut dire que, dès 1900, une vue globale de l'intubation intratrachéale avait été donnée par Kuhn qui avait déjà signalé les avantages de cette technique, en particulier la libération du champ opératoire et la prévention de l'inondation trachéale par le sang dans le cas d'intervention sur les voies respiratoires supérieures, et avait même décrit ce que nous appelons actuellement le « packing ». En fait elle n'était utilisée que dans les services de chirurgie Maxillo Faciale. Il faut attendre 1920 pour que Magill Gillespie et Rowbotham entreprennent de la réaliser de façon commode, avec des tubes de caoutchouc.

Et sa pratique courante n'apparaîtra réellement qu'après la deuxième guerre mondiale en même temps que se répandit l'usage des curares.

Jusqu'en 1945 les chirurgiens demandaient au même agent médicamenteux d'assurer les 3 composantes de l'anesthésie : perte de conscience, Analgésie et résolution musculaire. En fait la nocivité de leurs anesthésies vient de là car pour obtenir « une anesthésie chirurgicale » ils étaient obligés d'utiliser des doses proches de la dose toxique. Pouliquen était conscient de la toxicité des anesthésies et c'est pour cette raison qu'il opérait toujours le plus vite possible.

L'ère de l'anesthésie intraveineuse ne commence réellement qu'en 1932 avec l'introduction en clinique de l'Evipan sodique par Weese et Scharpff. Avant cette date plusieurs essais avaient été tentés. Dès 1872 Oré avait réalisé plusieurs anesthésies IV avec l'hydrate de chloral. Puis se firent jour le Numal et en 1923 le somnifène.

E. Pouliquen suivit de très près les progrès de l'anesthésie intraveineuse car il n'était pas satisfait des méthodes inhalatoires.

Non pas qu'il les trouva plus dangereuse que la méthode intraveineuse mais parce que l'anesthésie au masque est pénible pour le malade. Aussitôt que de nouveaux produits apparaissent il était toujours parmi les premiers à les utiliser. Dès 1933 il se sert de l'Evipan sodique et en 1937 il possède une statistique reposant sur 2 300 cas. Il écrit « Pour les anesthésies de courte durée j'ai utilisé l'Evipan dès 1933 après avoir appris la méthode chez M.-R. Monod. »

Les raisons de son choix il nous les donne :

« Somme toute, ces avantages peuvent ne pas paraître très grands ni suffisants par exemple pour convaincre un chirurgien qui a une grande habitude d'un autre anesthésique, mais il n'y a pas que chirurgien, en fait d'anesthésie le malade aussi à son mot à dire, il a le droit de choisir et dès lors la question change du tout au tout.

Tous, en effet, préfèrent l'Evipan surtout ceux qui ont déjà été opérés au chloroforme et à l'éther tenant compte de cette préférence du malade, le chirurgien à danger égal, trouvera facilement de nombreuses indications.

Pour les enfants pusillanimes cet avantage devient énorme, ils ont une véritable frayeur du masque, surtout quand ils ont été déjà endormis et il est réellement pénible de les voir, se débattre sur la table d'opération. Pourquoi leur refuser une piqure d'Evipan ? Ils l'acceptent très facilement et au réveil leur reconnaissance n'a d'égale que celle de leurs parents. »

Aussi E. Pouliquen s'est fait le défenseur de l'anesthésie intra veineuse. Il décrit l'anesthésie de courte durée par injection d'une dose unique ; l'anesthésie IV à l'Evipan comme starter, le maintien étant assuré après un mélange éther-N20-O2 ; l'anesthésie de longue durée par réinjections fractionnées d'évipan.

Il fallait ressortir les avantages de cette méthode :

- la suppression de l'angoisse qu'engendre trop souvent chez le malade l'induction d'une anesthésie par inhalation.

- la rapidité de son action,

- la maniabilité du produit

- le réveil rapide sans complication.

Mais E. Pouliquen sait rester prudent et il met les chirurgiens en garde contre l'apparente simplicité de son administration.

Alors que dans un rapport intitulé « L'Anesthésie à l'Evipan sodique en chirurgie de guerre » par M. Daniel Bilbao Rioja on peut relever quelques phases qui font frémir :

« Notre impression définitive est que l'Evipan sodique IV est un grand progrès en raison de son innocuité absolue, de la facilité de son maniement et de l'absence de complications tardives, ainsi qu'en raison du remarquable état post opératoire. Aux armées, l'anesthésie peut être faite par un médecin praticien, un infirmier ou une infirmière sachant faire une injection intraveineuse mais

sans connaissances techniques spéciales, sans expérience d'anesthésiste. »

Dans son article le docteur E. Pouliquen marque un enthousiasme plus nuancé. Et il attire l'attention sur les dangers de la méthode. « Je ne dirai pas que l'Evipan soit parfait ; comme tous les autres anesthésiques, il est toxique et il serait à souhaiter que nos chimistes trouvent mieux. On sait qu'il est hypotenseur et qu'il peut léser le foie et le rein. Cependant, à condition qu'il soit administré suivant les règles, par quelqu'un d'expérimenté, à la dose voulue et en dehors de certaines contre indications, il ne me paraît pas plus dangereux que le chlorure d'éthyl, l'éther, le chloroforme. »

Un peu plus loin il insiste encore sur un autre danger :

« Ce que l'on ne saurait cependant trop répéter, c'est qu'il faut se méfier des susceptibilités individuelles, surtout chez les vieillards et les infectés. Parfois 1 CC 1/2 ou 2 suffisent là où en moyenne on donne 6 à 10 CC. »

Nous voyons donc que Pouliquen, bien qu'il fut chirurgien s'est néanmoins intéressé à l'anesthésie que beaucoup considéraient comme un problème annexe.

Conclusion

Nous avons découvert en Emmanuel Pouliquen un homme simple. Il était indifférent aux titres et ne détestait rien autant que l'autre cuidance. Chez lui la voix du bon sens était toujours la plus forte. Sous cette bonhomie se cachait une tenacité qui lui permit d'obtenir toujours l'application de ce qui lui semblait propre à soulager le malade et plus encore à préserver ses chances de survivre. L'efficacité fut toujours aux yeux de ce breton le critère à rechercher.

La personnalité de ce pionnier de la médecine est extraordinaire et permet d'individualiser chez lui un esprit pionnier c'est-à-dire un esprit de recherche, d'organisation et de divulgation.

C'est ainsi que le Docteur E. Pouliquen sut tirer partie de chaque événement de sa vie pour découvrir de nombreux « trucs », comme il les nommait lui-même. En effet comme nous l'avons vu précédemment cet esprit industriel et ingénieux mit au point de nombreuses techniques chirurgicales.

L'extrême soin qu'il portait aux détails l'amène à inventer bon nombre d'appareils et à mettre au point pas mal de petites trouvailles qui facilitent non seulement le travail du chirurgien encore actuellement, mais aussi atténue la souffrance en la gêne du malade.

Mais surtout à côté de ce caractère inventif de l'œuvre du Docteur E. Pouliquen nous avons vu que cet homme foncièrement honnête, dans le sens le plus large du mot, avait introduit en France et amélioré des techniques nouvelles : l'opération à chaud de l'appendicite, le traitement de l'inuagination intestinale par le louement baryté, la réduction de la luxation congénitale de la hanche par un simple billot de bois mis en place dès les premiers jours de la vie, et enfin l'anesthésie intra veineuse.

Grand psychologue, le Docteur E. Pouliquen a su divulguer les résultats de son expérience personnelle. Cette partie de son œuvre est sans doute la plus importante. Il mit sur pied un enseignement post universitaire pour le corps médical. Il fit aussi de nombreuses campagnes d'information pour le grand public. Il sut toucher chacun, modelant son langage à ces interlocuteurs. Son œuvre prophylactique est importante.

Cet esprit pionnier à l'époque était un esprit d'aventure, aventure étant pris dans le sens le plus noble du terme. Ce sont ces chirurgiens, comme le Docteur E. Pouliquen, qui eurent un perpétuel souci de faire progresser l'art de guérir.

Bien souvent, ils utilisèrent un certain empirisme ayant une base scientifique profonde. Nous pouvons sans hésiter considérer cette variété d'hommes comme de véritables humanistes ; car à côté de leurs connaissances médicales pures, ils avaient une connaissance très approfondie des choses, s'intéressant à mille problèmes, ce qui donnait à ce genre de personnage une carrure extraordinaire.

Emmanuel Pouliquen a été et restera parmi les grands noms de la Médecine.

Bibliographie

- 1 — Pouliquen E. La Rachistovainisation. Thèse Paris 1905, 174 p.
- 2 — Sylvain Blondin. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 1960, n° 12-13, p. 364-365.
- 3 — Pouliquen E. Appareil d'évacuation pour fractures de cuisse. Presse Médicale, n° 72 du 27 décembre 1917.
- 4 — Pouliquen E. Quelques procédés de chirurgie pratique. Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique du 4 janvier 1919.
- 5 — Victor Veau. « Une série de 14 inuaginations intestinales par le Dr Pouliquen ». Bull. Mem. Soc. Chir. Paris, 1922, 48, 1328-1333.
- 6 — E. Pouliquen et coll. Un cas d'invagination intestinale chez le nourrisson (technique de réduction sous écran). Bull. Med. Soc. Radiol. Med. France, déc. 1926, 87, 986-999.
- 7 — E. Pouliquen. Indications du louement bismuthé dans certaines formes d'invaginations intestinales. Bull. Mem. Soc. Nat. Chir. 1927, 53, 1016 à 1021.
- 8 — E. Pouliquen. L'invagination intestinale chez le nourrisson. Rev. Gén. Chir. Thérap. 1924, 38, 501-506.
- 9 — E. Pouliquen. A propos du traitement de l'invagination intestinale par le louement opaque. Bull. Mem. Soc. Nat. Chir. 25 mai 1929, 55, 710-717.
- 10 — E. Pouliquen. Etude radiologique du louement baryté d'après une nouvelle série de 18 inuaginations intestinales. Bull. Mem. Soc. Nat. Chir., 18 juin 1932, 58, 901-907.
- 11 — E. Pouliquen. Au sujet du diagnostic précoce et du traitement de l'invagination intestinale du nourrisson. Arch. Med. des Enfants, fév. 1935, 38, 69 à 82.
- 12 — E. Pouliquen. De l'intérêt primordial du louement baryté dans le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale. Le concours Médical, 11-III-1950.
- 13 — E. Pouliquen. Invagination intestinales, test certain de réduction après lavement baryté. Mem. de l'Acad. de Chir. 1954, n° 8 et 9, p. 267.
- 14 — E. Pouliquen. Test de réduction après lavement baryté dans l'invagination intestinale. Entretien de Bichat 1955 «chirurgie»
- 15 — E. Pouliquen. Innocuité du lavement baryté judicieusement administré. Mem. Acad. Chir., 1959, 85, p. 443-447.

- 16 — E. Pouliquen. L'inuagination intestinale chez le nourrisson. *Journal des Praticiens*, 2 août 1924, p. 501-504.
- 17 — E. Pouliquen. Traitement précoce de la luxation Congénitale de la hanche. *Presse Médicale* 1952, 58, p. 1219-1222.
- 18 — E. Pouliquen. Diagnostic à la naissance et traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Concours médical* 1954, 49, p. 4525 à 4528.
- 19 — E. Pouliquen. Traitement de la luxation congénitale de la hanche dès la naissance. Grande supériorité de cette méthode, urgence de sa vulgarisation. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 1955, 23, p. 383-390.
- 20 — E. Pouliquen. Dépistage précoce de la luxation congénitale de la hanche. A quand la mise au point ? *Concours médical* 1957, 31.
- 21 — E. Pouliquen. A propos du traitement de la luxation Congénitale de la hanche. *L'Ouest Médical* 1958, 9, 290.
- 22 — E. Pouliquen. Luxation congénitale de la hanche, son dépistage, son traitement dès la naissance. *La Revue du Praticien* 1958, 17, p. 1993-2023.
- 23 — E. Pouliquen. La Rachistovainisation. Thèse 1905.
- 24 — V. Pauchet et coll. L'Anesthésie Régionale, 382 p.
- 25 — Armstrong Davinson. The evolution of anasthesia.
- 26 — Thomas E. Keys. The history of surgical Anesthesia.
- 27 — D. Bilbao Rioja. « L'anesthésie à l'Evipan sodique en chirurgie de guerre ». *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, 63, p. 1211 à 1216.
- 28 — E. Pouliquen. « Anesthésie générale à l'Evipan sodique ». *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* 1937, 63, p. 1217 à 1229.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. G. Vourc'h

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Robert Mallet

Imp. Lechaplais, 50 - Saint-Hilaire-du-Harcouët

